

Programa de Suplemento Estatal del Estado de Nueva York SSP - OTDA
Formulario de Inscripción en Depósito Directo

Instrucciones:

- A ser relleno por las personas que reciben solamente el subsidio SSP. Las personas que reciben los subsidios federales SSI, deben comunicarse con la oficina SSA.
• Rellene este formulario SOLAMENTE si desea inscribirse en depósito directo. Debe rellenar AMBAS secciones.
• Regrese el formulario relleno a: NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201; o por FAX a: 518-486-3459; o por email el formulario firmado a mano a: otda.sm.ssp@otda.ny.gov
• Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de SSP al 1-855-488-0541 si tiene preguntas.

Debe suministrar los siguientes datos. Si el formulario carece de ALGÚN dato, se le devolverá para que lo complete.

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_ No de Tel. Durante el Día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección Postal del Beneficiario \_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos de seguro social XXX -XX- \_\_\_\_\_

Certifico que tengo derecho al subsidio asociado con el Programa de Suplemento Estatal del Estado de Nueva York (SSP). Fi firma en este formulario es una autorización para que el programa de SSP envíe mis subsidios a la institución financiera nombrada a continuación con propósitos de depósito a la cuenta señalada por la institución financiera. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo suministre su cese por escrito.

Nombre en Letra de Imprenta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA

Suministre este formulario a su institución financiera o cooperativa de crédito para que ingresen los datos a continuación. También puede elegir adjuntar un cheque impreso anulado (no un cheque nuevo) que muestre su nombre y domicilio o una hoja de depósito que muestre su nombre y domicilio.

La cuenta NO PUEDE SER una cuenta de fideicomiso a nombre de otro beneficiario o una cuenta en un banco en el extranjero.

Account Information: [ ] Checking [ ] Savings

Name on Account: \_\_\_\_\_ Relationship to Recipient: \_\_\_\_\_

Bank Information: Name of Financial Institution (bank or credit union): \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Account Number \_\_\_\_\_ Routing Transit Number \_\_\_\_\_

As representative of the above-named Financial Institution, I certify this financial Institution is ACH capable and will receive and deposit the benefit payment to the account shown above in accordance with Part 102 of the Codes, Rules, and Regulations of the State of New York and to be bound by such rules. Payments credited to the account above will be available to the depositor immediately.

Representative Signature

Representative Printed Name

Date